Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

29 247 Acute zorg

Nr. 200 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 maart 2015

De aanleiding voor deze brief is mijn toezegging aan uw Kamer om te komen tot een visie op curatieve zorg in krimpgebieden[1]. Ik vind het van groot belang dat in krimpregio's goede zorg behouden blijft. Om de gevolgen van krimp aan te pakken heeft het Kabinet al diverse maatregelen genomen die bijdragen aan het aanpakken van de gevolgen van krimp of hier nog aan bij zullen dragen. Allereerst het interbestuurlijk actieplan *krimpen met kwaliteit!* met maatregelen gericht op leefbaarheid in krimpregio's. Daarnaast neemt het kabinet maatregelen om gezondheidsverschillen, ook in krimpregio's, weg te nemen in het Nationaal Programma Preventie *Alles is Gezondheid*. Ook heb ik een adviesaanvraag aan Zorginstituut Nederland gedaan gericht op opleidingen en beroepen. Dit is belangrijk voor krimpregio's; wat is de zorgvraag over een jaar of tien en hoe bereiden we ons daarop voor in de opleidingen van zorgberoepen?
Daarnaast stimuleert het kabinetactief de ontwikkeling en toepassing van e-health en innovatie ten behoeve van specifieke behoeftes in krimpregio's en volg en ondersteun ik actief proeftuinen in krimpregio's. Tot slot zijn interventies en instrumenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg ontwikkeld en worden regiotafels in de 43 Wmo regio's georganiseerd.

Naast bovengenoemde maatregelen is het kabinet voornemens een aantal aanvullende maatregelen te treffen. Allereerst worden de voorwaarden voor de beschikbaarheidbijdrage voor spoedeisende hulp en acute verloskunde aangepast, zodat deze beter aansluit bij de situatie in krimpregio's. Verder zal in het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg een prestatie voor krimp worden vormgeven. Daarnaast zullen monitoringsinstrumenten in worden gezet

[1] Toezegging tijdens het vervolg Wetsbehandeling van de wet marktordening gezondheidszorg, de wet cliëntenrechten etc. van 6 maart 2013 (Handelingen II 2014/15, nr. 58, items 7 en 9) en het Algemeen Overleg Ziekenhuiszorg van 26 maart 2014 (Kamerstuk 31 016, nr. 74).

kst-29247-200
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

om te signaleren wanneer krimp- en anticipeerregio's uit de pas dreigen te lopen met landelijke en regionale trends en zal het kabinet de regio's verder ondersteunen om te anticiperen op de gevolgen van krimp, onder meer via het zo nodig organiseren van netwerkbijeenkomsten in de krimpregio's.
De regio's zijn zelf aan zet zijn om te anticiperen op krimp en de voorzieningen passend te maken. Dat is ook logisch gezien de verschillen tussen de regio's. De rijksoverheid zal daarbij een ondersteunende rol spelen, best practices uitwisselen en zo nodig regels aanpassen.
Juist in krimpregio's ontstaan nieuwe vormen van zorg. Mocht dit aanbod worden belemmerd door regels en/of wetten, daar niet inpassen, of andere hindernissen ondervinden, dan zullen wij actief mee zoeken naar hoe deze zorg wel kan worden geleverd. In onder andere de netwerkbijeenkomsten zullen suggesties worden opgehaald hoe dergelijke belemmeringen weggenomen kunnen worden. Krimpregio's kunnen ook expliciet gebruik maken van experimenteerruimte om nieuwe en innovatieve zorg mogelijk te maken, zoals dat ook voor de proeftuinen geldt.

Krimpregio's

Een aantal regio's in Nederland bereidt zich voor of gaat al om met de transitie van bevolkingsgroei naar bevolkingsdaling. Het krimpen van de bevolking alleen hoeft, vanuit de optiek van zorg, geen probleem te zijn, maar in het algemeen gaat krimp gepaard met vergrijzing en gaat vergrijzing gepaard met chronische aandoeningen. Dit tezamen leidt tot een andere zorgvraag in combinatie met een gelijktijdige daling van het (zorg)voorzieningenniveau in kwantiteit en daarmee in kwaliteit. Naast een dalende beschikbaarheid van zorg, kan een dalende kwantiteit ook tot een onwenselijke dominante positie van één of enkele zorgaanbieders leiden. In deze brief richt het kabinet zich op het aanpakken van de gevolgen van de bevolkingskrimp, het beperken van de ongewenste effecten en het borgen van de kwaliteit van (zorg)voorzieningen. Daarnaast hebben deze regio's ook te maken met een gezondheidsachterstand. Hier kom ik later in deze brief op terug.
Structurele krimp op regionale schaal zal, in combinatie met ontgroening en vergrijzing, gevolgen hebben op diverse terreinen zoals wonen, werken, onderwijs, bereikbaarheid en ook de zorg- en welzijnsvoorzieningen. Een van de ervaringen uit andere sectoren is dat je niet moet vechten tegen krimp, en niet moet gaan concurreren met andere regio's, maar dat je krimp moet begeleiden. Het gaat dus om het lokaal anticiperen op en omgaan met krimp en het passend maken van de voorzieningen. Ik zie dat zorg- en welzijnsaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars in krimpregio's in hun toekomstplannen proberen te anticiperen op toekomstige ontwikkelingen, zoals bevolkingsdaling, vergrijzing en toenemende concentratie van hoogcomplexe zorgactiviteiten.

Om de uitdagingen voor de toekomst aan te gaan is een interbestuurlijk actieplan bevolkingsdaling opgesteld «Krimpen met kwaliteit!» dat ook ingaat op thema's als de zorg en de arbeidsmarkt. Met dit interbestuurlijk actieplan geven de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het Interprovinciaal Overleg (IPO) en het kabinet richting aan een gezamenlijke beleidsaanpak van bevolkingsdaling met daarbij concreet geformuleerde korte- en lange termijn acties. Ik verwijs u hiervoor verder naar de kabinetsreactie op de motie Barth c.s. van 19 december 2014 (Kamerstuk 34 000, nr. J) waarin de regering wordt gevraagd haar visie uit te werken op de demografische ontwikkelingen van de komende 20 jaar, de te verwachten sociaaleconomische ontwikkelingen die daaruit voortvloeien en de maatregelen die noodzakelijk zijn om een evenwichtige verdeling van welvaart en welzijn over het gehele land te borgen.

De acht krimpregio's[2] Parkstad Limburg, de Westelijke Mijnstreek en Maastricht-Mergelland, Achterhoek, Eemsdelta, Oost-Groningen, de Marne en Zeeuws Vlaanderen liggen aan de randen van Nederland. Naast de krimpregio's zijn er ook 12 zogenoemde anticipeerregio's[3]: Oost-Drenthe, Noord- en Midden-Limburg, Krimpenerwaard, de Hoeksche Waard, Noordoost-Friesland, Noordwest-Friesland, Friese Waddeneilanden, Zuidoost Friesland, de Kop van Noord-Holland, Schouwen-Duiveland en Walcheren.

Gezondheid in krimpregio's

Het RIVM concludeert in «Gezondheid in krimpregio's»[4] dat de gezondheid van inwoners van krimpregio's minder goed is dan de gezondheid van inwoners van de rest van Nederland. Verklaringen voor de gezondheidsachterstand tussen krimpregio's en de rest van Nederland zijn het wegtrekken van de gezondere bevolking (selectieve migratie) en vooral de minder gunstige sociaaleconomische positie van de krimpregio's[5]. Bij correctie voor achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, opleidingsniveau en inkomen, verdwijnt het verschil in gezondheid. Krimpregio's hebben te kampen met een meer dan gemiddeld vergrijzende bevolking, relatief veel chronisch zieken, veel inwoners met een lage sociaal economische status (SES) en relatief veel functioneel analfabetisme. Het Nationaal Programma Preventie *Alles is Gezondheid* zet ook in deze regio's fors in op het verminderen van gezondheidsachterstanden[6]. Onderdeel van het programma *Alles is Gezondheid* is het stimuleringsprogramma voor de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. Hierbinnen wordt € 74 miljoen uitgetrokken voor vier jaar om gezondheidsachterstanden in 91 gemeenten in te lopen. Hierbij zitten ook gemeenten in de krimpregio's. Ik verwijs u hiervoor verder naar de kabinetsreactie van 16 januari 2015 op het RIVM rapport: Gezondheid in krimpregio's – verdiepingsstudie (Kamerstuk 32 793, nr. 163).

Nabijheid van zorg

Bereikbaarheid van zorg voor de patiënt/burger is een van de speerpunten van het kabinetsbeleid. Een huisarts en ziekenhuis dichtbij geeft de bewoners een veilig gevoel, je kunt altijd dichtbij terecht met (acute) zorgvragen. In het bijzonder kwetsbare ouderen, zwangere vrouwen en kinderen zijn patiëntencategorieën waarbij zorg dichtbij van groot belang kan zijn. Waar in de steden voldoende zorginstellingen in de nabijheid zijn en het relatief eenvoudiger is om «zorg aan huis» te organiseren ligt op dit punt een uitdaging in gebieden waar de bevolkingsdichtheid lager is en de afstanden tussen mensen en zorgverleners groter zijn. Dit vraagt om andere manieren om de zorg dichtbij te organiseren.

Innovatieve samenwerkingsverbanden en technische vernieuwingen maken dit mogelijk. Zo kunnen bijvoorbeeld mantelzorgers en zorgprofessionals makkelijker samenwerken of kan contact worden gelegd zonder dat fysieke nabijheid altijd nodig is. Dit is ook van belang omdat de potentiële beroepsbevolking die tegemoet zou kunnen komen aan de zorgbehoeften van mensen en de groep die mantelzorg zou kunnen verlenen ook hier krimpt. Een voorbeeld hiervan is om via videocommuni-

[2] Krimpregio's: een regio met een geprognosticeerde huishoudensdaling in 2040 van ten minste 2,5 procent.
[3] Anticipeerregio's: een regio met een geprognosticeerde bevolkingsdaling van ten minste 2,5 procent in 2040.
[4] RIVM, Verweij & Van der Lucht, 2011.
[5] Gezondheid in krimpregio's-verdiepingstudie, RIVM, Verweij en Van der Lucht, 2014
[6] Kamerstuk 32 793, nr. 102.

catie meerdere korte contactmomenten te kunnen organiseren, waardoor er bij de huisbezoeken die wel nodig zijn meer tijd is voor het gesprek. Ook het op afstand in de gaten houden van lichaamsfuncties door telemonitoring, waardoor er minder controleconsulten nodig zijn en de zorg op geleverd wordt op het moment dat het nodig is kan hieraan bijdragen. Digitale (mantel)zorgagenda's kunnen behulpzaam zijn, waardoor er meer overzicht is over wie wanneer welke zorg verleent en onderlinge communicatie wordt versterkt. Veel van deze vernieuwingen zijn al in gang gezet.

Innovatieve samenwerkingsverbanden

Een voorbeeld van een innovatief samenwerkingsverband is «Zorgkracht in krimpgebieden – Drenthe». Doel van dit experiment was uitvoering geven aan het convenant «Zorgkracht in krimpgebieden», dat in september 2011 is ondertekend.
Strekking van dit convenant is dat verschillende aanbieders van zorg, mantelzorg, welzijn, huisvesting en anderen met elkaar garant staan voor zorgverlening in een sterk vergrijzend gebied in Oost-Drenthe. De organisaties maken daarbij gebruik van elkaars diensten en vinden een oplossing voor onrendabele dienstverlening waarvoor ze gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen. Krimpregio's zijn ook bij uitstek geschikt om te experimenteren met nieuwe werkwijzen, bijvoorbeeld de inzet van ICT in de zorg / e-health en mobiele zorgteams / zorgpraktijk. Voor tijdelijke financiering van dergelijke experimenten kunnen de aanbieders van zorg in de regio's nu al gebruik maken van bijvoorbeeld de beleidsregel innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Innovatieve inkoop

Een inkopende zorgverzekeraar of inkopende gemeente kan instellingen die zorg en ondersteuning leveren vragen bepaalde (innovatie) zorg- en ondersteuningsvormen te realiseren. Zorgverzekeraars en gemeenten beschrijven daartoe op welke manier zij bepaalde vormen van zorg willen inkopen in hun inkoopplan c.q. bestek. De rol van de zorginkoper is in dit verband derhalve zeer belangrijk. Het inhoudelijke eisenpakket van gemeenten en zorgverzekeraars maakt voor de zorgaanbieders duidelijk waaraan zij moeten voldoen om de gevraagde zorg te kunnen leveren. Samenwerking kan dan een uitkomst zijn indien zij de gevraagde zorg niet eigenstandig kunnen leveren, de mededingingsregels staan dit niet in de weg. In Noordoost Groningen is zorgverzekeraar Menzis bijvoorbeeld in het traject «NOG Beter» samen met zorgaanbieders, gemeenten, provincie en Zorgbelang aan de slag gegaan om te zorgen dat de zorg voor inwoners van Noordoost-Groningen zo dichtbij mogelijk en van goede kwaliteit kan blijven.

Verbeteringen in opleidingen

Andere organisatievormen en innovatieve samenwerkingsverbanden, die zijn aangepast op de vraag en de situatie in de praktijk, vereisen ook veranderingen in vervolgopleidingen. De Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van Zorginstituut Nederland heeft de opdracht om advies uit te brengen over de ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de zorg. Op basis van de zorgvraag 2030 wordt gekeken naar welke beroepen nodig zijn om aan deze zorgvraag te voldoen. Daarbij wordt gekeken naar de behoefte van de patiënt en wat deze nodig heeft om te functioneren in zijn alledaagse leven. De commissie werkt met proeftuinen. Er zijn 4 proeftuinen gestart (Leeuwarden, Amsterdam/Amstelveen, Rotterdam en Heerlen). Uitgangspunt is wat mensen nodig hebben. Daarop wordt het zorgaanbod afgestemd. Op 10 april 2015 zal de

commissie haar advies hieromtrent publiceren. In een latere fase volgt een advies over de opleidingen.

Maatschappelijke ondersteuning/Nuldelijn in krimpregio's

Gemeenten worden vanaf 2015 verantwoordelijk voor een deel van de langdurige zorg, waardoor ook de ondersteuning aan mensen dichter bij en meer op maat kan worden georganiseerd. Gemeenten hebben ook nadrukkelijk aandacht voor de omgeving van de degene die ondersteuning nodig heeft, zoals mantelzorgers en de inzet van vrijwilligers. In een zorgvuldig onderzoek wordt bekeken wat iemand zelf nog kan of diens omgeving zou kunnen bijdragen, en vervolgens welke ondersteuning nodig is. Dat zal niet in alle gevallen hetzelfde zijn en zal afhangen van de persoonlijke omstandigheden. In sommige gevallen is er vooral formele ondersteuning nodig, in andere gevallen kan een familielid zelf iets betekenen en een deel van de ondersteuning verlenen. In het landelijke programma dat de ontwikkeling van sociale teams in de wijk volgt en ondersteunt, wordt ook gekeken hoe dit in de kleine kernen in krimpregio's wordt opgepakt. Ook de verbinding tussen het wijkteam en mantelzorgers en vrijwilligers komt aan de orde. Er ontstaan de laatste tijd steeds meer nieuwe initiatieven om informele zorg te ondersteunen of makkelijker te maken, zoals digitale platforms waar vraag en aanbod bij elkaar worden gebracht. Ook kerken, ondernemers in de buurt of welzijnsorganisaties dragen hun steentje bij. Denk hierbij aan activiteiten die eenzaamheid tegengaan, valtrainingen voor ouderen en activiteiten die oudere mensen met elkaar in contact brengen. Sportieve- en welzijnsactiviteiten die mensen actief krijgen of houden en die het sociale verband versterken. Onlangs heeft het Kabinet u een brief gestuurd waar het begrip «participatiesamenleving» en dit type ontwikkelingen zijn beschreven.

Eerstelijnszorg in krimpregio's

In krimp- en anticipeergebieden, waar door de lagere bevolkingsdichtheid ook de dichtheid van zorgvoorzieningen minder is, is het belang van de aanwezigheid van onder andere de wijkverpleegkundige, de huisarts en de huisartsenpost groot. Een huisartsentekort kan de leefbaarheid van de krimp- en anticipeerregio's aantasten. Het opzetten of overnemen van een praktijk in een dergelijke regio lijkt voor huisartsen om uiteenlopende redenen minder aantrekkelijk, bijvoorbeeld omdat er geen werkgelegenheid is voor de partner of omdat er liever in een groepspraktijk gewerkt wordt. Het aantrekkelijk maken van de regio zodat zorgvoorzieningen, waaronder de huisartsenzorg, behouden blijven is een gedeeld belang van de patiënten, gemeente(n) en de zorgverzekeraar(s). Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraars om voldoende zorg in te kopen om jegens hun verzekerden aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Dit betekent dat verzekeraars ervoor dienen te zorgen dat verzekerden die woonachtig zijn in buitengebieden gebruik kunnen maken van de benodigde zorg. Via de zorginkoop kunnen verzekeraars sturen op de spreiding van zorgvoorzieningen en kunnen zij partijen vragen om tot inhoudelijke afstemming te komen. Ook kan de zorgverzekeraar innovatieve oplossingen stimuleren en financieren. Door zijn inkooprol heeft de zorgverzekeraar dus zowel de positie als de mogelijkheid om concentratie, spreiding, kwaliteit en bereikbaarheid in de regio te realiseren. In Groningen wordt met ondersteuning van de Regionale Ondersteuningstructuur (ROS) door de verzekeraar gewerkt aan het op peil houden van huisartsenzorg in de regio.

Huisartsen ontvangen voor alle verzekerden die ingeschreven staan bij de huisarts een inschrijftarief. Dit inschrijftarief kent op dit moment een

differentiatie op leeftijd en postcode. De NZa is gestart met een onderzoek om na te gaan of de kenmerken waarop de differentiatie gebaseerd is nog actueel zijn en of er andere relevante kenmerken zouden moeten worden toegevoegd. Mogelijk leiden de uitkomsten van dit onderzoek tot een andere differentiatie die beter aansluit op de zorgvraag die zich voordoet in krimpregio's. Echter, een kenmerk voor de differentiatie op het inschrijftarief is dat dit een gemiddelde betreft; indien de patiënten van een huisarts voldoen aan de kenmerken van de differentiatie ontvangt de huisarts een opslag op het inschrijftarief.

Het nieuwe bekostigingsmodel van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, dat per 1 januari 2015 is ingevoerd, biedt daarnaast in het derde segment ruimte aan verzekeraars en aanbieders om (aanvullende) afspraken te maken. Om deze mogelijkheid te benutten ter stimulering van het huisartsenaanbod in de krimpregio's, zal in segment 3 een nieuwe prestatie voor het thema krimp komen. Binnen deze prestatie kunnen aanbieders en verzekeraars onderling, naar gelang de mogelijkheden en behoeften in de regio, afspraken maken over het borgen van de toegankelijkheid en kwaliteit tot deze zorg in krimpregio's. De verzekeraar kan een aanbieder van huisartsenzorg binnen segment 3 bijvoorbeeld extra compenseren voor een relatief kleine praktijk (lager aantal ingeschreven verzekerden dan de rekennorm), dan wel stimuleren dat huisartsen zich in krimpregio's blijven vestigen door afspraken te maken over continuïteitsbevordering in krimpgebieden. Door dit als aparte prestatie te benoemen zal het voor partijen in de regio makkelijker worden om hier het gesprek met elkaar over aan te gaan. Deze prestatie wordt ingepast binnen de bestaande budgettaire afspraken en kaders.

In het kader van zorgvernieuwing kunnen partijen sinds 1 januari 2015, via de reguliere bekostiging, afspraken maken over het meekijkconsult. De huisarts kan een andere zorgaanbieder bijvoorbeeld een medisch specialist vragen mee te kijken, zodat de zorg langer en optimaal in de eerste lijn kan worden geleverd. Gebruik maken van het meekijkconsult kan juist ook in de krimpregio's bijdragen aan kwaliteit van zorg. Oudere mensen kunnen zo het advies krijgen van een medisch specialist bij hun huisarts, dus zonder dat ze hoeven te reizen. Juist de technische ontwikkelingen, zoals consulten via email en het monitoren van de patiënt op afstand, kunnen in de huisartsenzorg veel betekenis hebben. De ambities die het kabinet met het beleid gericht op e-health en zorgvernieuwing wil realiseren leveren een grote bijdrage aan de kwaliteit van zorg en het gevoel van veiligheid dat daarmee kan worden vergroot. Zeker ook in krimpgebieden.

Wat betreft het aantal huisartsen is de afgelopen jaren de opleidingsinspanning flink verhoogd. De afgelopen jaren is het aantal opleidingsplaatsen verhoogd met 120 plaatsen naar 720. Het kabinet kiest ervoor om meer huisartsen op te leiden dan door het capaciteitsorgaan wordt geadviseerd. Voor de periode tot aan het volgende capaciteitplan (2015–2017) is de bekostiging voor 30 extra opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld. Het aantal opleidingsplaatsen kan daardoor verder stijgen van 720 naar 750. Aanleiding voor het opleiden van extra huisartsen is de situatie in de krimpregio's, die moeite hebben huisartsen aan te trekken.

Daarnaast heeft de Nederlandse Zorgautoriteit met ingang van 2014 de uitkomsten van het kostenonderzoek onder huisartsen doorgevoerd. Het gemiddeld aantal ingeschrevenen per normpraktijk van de huisarts is verlaagd van 2350 naar 2168 ingeschreven verzekerden. Dit heeft geleid tot aanpassing van de tarieven in 2014 en verder. Deze praktijknorm zal ook in de toekomst worden bijgesteld aan de hand van uitkomsten van

een kostenonderzoek zodat deze goed blijft aansluiten bij de actualiteit en ontwikkelingen in de regio's.

Verder spant VWS zich in om meer verpleegkundige specialisten en physician assistants in de eerstelijn op te leiden. Op dit moment is de totale jaarlijkse instroom 700 opleidingsplaatsen voor de opleidingen tot physician assistants en verpleegkundige specialisten. Het merendeel daarvan wordt opgeleid voor de academische en algemene ziekenhuizen. Ongeveer 20 studenten physician assistants en verpleegkundige specialisten worden jaarlijks voor de eerste lijn en of huisartsenzorg opgeleid. Dat kan verhoudingsgewijs toenemen afhankelijk van de vraag. Met het oog op de eerstelijnszorgbehoefte in de krimpregio's is hiervoor expliciet aandacht.

De wijkverpleegkundige levert een grote bijdrage aan het dichtbij brengen van zorg, zeker ook in krimpregio's. Met ingang van 1 januari 2015 zijn verpleging en verzorging zonder verblijf opgenomen in het verplichte basispakket van de Zvw. Door het opnemen van wijkverpleging in de zorgverzekeringswet en door gemeenten de verantwoordelijkheid te geven voor de benodigde ondersteuning kan zorg beter in de buurt worden georganiseerd. Hierdoor is deze zorg dichter bij de andere eerstelijnszorg gepositioneerd. De inzet van lichtere vormen van zorg en ondersteuning in de nabijheid van mensen bevordert de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie en vermindert het beroep op zwaardere vormen van zorg. Daarbij krijgen aanbieders en zorgverzekeraars meer mogelijkheden om ketenzorg, bijvoorbeeld van het ziekenhuis naar huis en andersom, in samenhang te organiseren.

Ook de mondzorgaanbieders in krimpregio's kijken naar mogelijkheden hoe de zorg naar mensen toegebracht kan worden. Stichting Mondzorg maakt bijvoorbeeld gebruik van een mobiele tandartspraktijk. Door deze praktijk kunnen ouderen die niet op eigen gelegenheid naar een tandarts of mondhygiënist kunnen toch gebruik maken van mondzorg. Ook NoviaCura gebruikt mobiele tandartspraktijkruimtes om zorgafhankelijke patiëntengroepen op een patiëntvriendelijke manier te kunnen voorzien van de juiste mondzorg.

In krimpregio's is ook het bereikbaar houden van farmaceutische zorg van belang. Daar waar er geen apotheek (meer) is, kan de functie van farmaceutische zorg worden overgenomen door de apotheekhoudende huisarts. Dat is een noodvoorziening. Daarnaast kunnen bewoners van krimpregio's gebruik maken van landelijk werkende apotheken die gebruik maken van internet en bezorging. Ook zetten apothekers kluisjes of uitdeelautomaten in waar patiënten hun geneesmiddelen kunnen ophalen. Door reguliere apothekers wordt er vaak thuisbezorgd als het voor de patiënt lastig is om naar de apotheek toe te komen.
Om er voor zorg te dragen dat farmaceutische spoedzorg voor alle Nederlandse ingezetenen beschikbaar en betaalbaar blijft, ook in minder bevolkte gebieden, is afgesproken dat zorgverzekeraars vanaf dit jaar de farmaceutische spoedzorg (dienstapotheken) gezamenlijk inkopen op basis van een representatiemodel. Achterliggende gedachte hierbij is om een volledige spreiding en dekking van farmaceutische spoedzorg te bewerkstellingen en daarbij aansluiting te zoeken bij de reguliere acute zorgstructuur. Hierdoor zijn de uitgaven aan farmaceutische spoedzorg gedaald en dat betekent ook dat de patiënt gemiddeld lagere kosten heeft ten aanzien van het eigen risico dan voor de invoering van het nieuwe model. Dit neemt niet weg dat het kan voorkomen dat in krimpregio's de kosten voor de patiënt substantieel hoger zijn dan in stedelijk gebied. Omdat deze voorziening in krimpregio's door het mindere gebruik relatief

duur is, komt de patiënt voor relatief hoge kosten te staan die van het eigen risico afgaan.
Momenteel wordt gekeken hoe hiervoor een oplossing kan worden gevonden binnen de bestaande budgettaire afspraken en kaders.

Voor een goede organisatie van eerstelijnszorg in de regio is een infrastructuur en regie nodig. De zorgverzekeraar heeft hier een natuurlijke rol. Samen met de zorgaanbieders in de regio moet worden verkend wat er mogelijk is en wat lokaal van betekenis kan zijn. Het is daarbij van belang dat ook wordt geleerd van ervaringen in andere landen waar het begrip krimpgebied van een heel andere orde is. In veel landen is sprake van veel verder gaande vergrijzing, veel grotere afstanden en een veel lagere bevolkingsdichtheid.

Ook is het van belang te leren van ervaringen in andere krimpregio's. Het uitwisselen van best practices van zorgvormen, communicatie, samenwerking en geleerde lessen is in het belang van alle krimpregio's en zal zo nodig worden gefaciliteerd.

Anderhalvelijnszorg in krimpregio's

Krimpregio's zijn bij uitstek geschikt om te experimenteren met nieuwe werkwijzen. De specifieke problematiek geeft kansen om de zorg anders in te richten. In 2013 heb ik aangegeven negen proeftuinen «betere zorg met minder kosten» te volgen en ondersteunen. Sindsdien hebben deze regionale samenwerkingsverbanden gewerkt aan de uitwerking van projectplannen om de drieledige doelstelling, betere gezondheid, kwaliteit van zorg en verminderde kostengroei, te realiseren. Een deel van deze proeftuinen ligt in krimpgebieden. Juist daar wordt de urgentie gevoeld om de zorg anders te organiseren en te innoveren. Deze proeftuinen kunnen als voorbeeld dienen voor andere regio's.

In 2013 is bijvoorbeeld de pilot Anderhalvelijnszorg in Zuid Limburg (Blauwe Zorg) gestart. In deze pilot houden vijf medisch specialismen (interne geneeskunde, neurologie, orthopedie, dermatologie en cardiologie) tweewekelijks consulten in vijf huisartspraktijken voor patiënten met niet-acute klachten. Sinds mei 2014 is deze anderhalvelijnszorg uitgebreid en verplaatst naar twee stadspoli's in Maastricht.

De Friesland (Friesland Voorop) heeft een aanbesteding uitgeschreven voor zes anderhalvelijnscentra, een regionaal aanbod van wondzorg buiten het ziekenhuis, een zorgpad kwetsbare ouderen en transmurale protocollen voor verschillende chronische ziekten. Op provinciaal niveau is, via werkgroepen met huisartsen en specialisten, afstemming gerealiseerd over verwijzingen/substitutie voor een lijst van zeventien (chirurgische) verrichtingen die vanaf 2015 in de eerste lijn zullen worden aangeboden. Hierdoor is het voor inwoners van de krimpgebieden niet meer noodzakelijk verder te reizen naar een ziekenhuis dan noodzakelijk en kan de zorg goedkoper worden aangeboden.

In Zeeuws-Vlaanderen (GoedLeven) worden deelnemers momenteel uitgenodigd om te komen met nieuwe projectvoorstellen. Tevens wordt er een community ingericht om door cocreatie met burgers de proeftuin verder vorm te geven.
De Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) heeft een ondersteunende rol bij een aantal van deze initiatieven. Tot op heden worden de zorgactiviteiten binnen de proeftuinen vooral binnen de Zorgverzekeringswet vergoed. Enkele proeftuinen maken gebruik van de Beleidsregel Innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast worden andere

strategieën ingezet om projectoverstijgende kosten binnen de proeftuin te financieren.

Naast de proeftuinen zijn er ook in andere regio's initiatieven om anderhalvelijnscentra vorm te geven. Zoals in Pekela in de provincie Groningen waar een nieuw geïntegreerd eerstelijns zorgcentrum gebouwd wordt, waarin ook intramurale zorg vanuit de Wet langdurige zorg geleverd gaat worden. Binnen dit centrum wordt onder andere een beperkt aantal «huisartsen bedden» gerealiseerd. Deze bedden zijn beschikbaar voor patiënten waar bijvoorbeeld een periode aaneengesloten geneeskundige observatie nodig is, bij wie de diagnostiek een bepaalde infrastructuur vergt of wanneer de verpleging en verzorging tijdelijk niet afdoende kan worden gerealiseerd in de thuissituatie. Ze worden opgenomen onder verantwoordelijkheid van een huisarts om te voorkomen dat zij onnodig naar het ziekenhuis verwezen worden.

Ziekenhuiszorg in krimpregio's

Zoals ik in mijn brief van 2 juni «Spreiding algemene ziekenhuizen» aan de Eerste Kamer schetste, zie ik enerzijds concentratie omwille van de kwaliteit van zorg door onder andere een verdergaande introductie van kwaliteitseisen en volumenormen voor (hoog)complexe zorg (Kamerstuk 33 253, nr. H). Ik ben geen voorstander van het concentreren om het concentreren. Concentratie en daarmee gepaard gaande schaalvergroting dient kritisch bejegend te worden wanneer deze niet leidt tot verhoging van kwaliteit en/of deze leidt tot een vermindering van keuzevrijheid of doelmatigheid. Mijns inziens spelen kwaliteitsoverwegingen met betrekking tot concentratie vooral bij de complexe zorg, die naar schatting zo'n 5–10% van de totale medisch specialistische zorg betreft.

De sector zal het debat moeten voeren over het samenspel tussen kwaliteit, doelmatigheid en keuzemogelijkheden. De toezichthouder zal worden versterkt. Zoals in de brief «kwaliteit loont» is aangegeven zal het toezicht ter zake worden overgeheveld van de NZa naar de ACM en worden versterkt (Kamerstuk 31 765, nr. 116). Ook zal de ruimte in de mededingingswet worden benut.

Anderzijds zie ik spreiding in het ontstaan van zogenoemde anderhalvelijnscentra die ook zorg verlenen die vroeger in de ziekenhuizen werd verleend. Hiermee zien we verdere spreiding en grotere toegankelijkheid van met name chronische zorg ontstaan. Ziekenhuizen zetten in op het samen met eerstelijnszorg aanbieders vorm geven van chronische en laagcomplexe zorg bijvoorbeeld in anderhalvelijnscentra. Deze ontwikkeling heeft grote positieve gevolgen voor de zorg en zeker ook in krimpregio's. Een mooi voorbeeld is Dokkum, waarbij een onzekere situatie van het mogelijk verdwijnen van het ziekenhuis omgezet is naar innovatieve samenwerking en een passend zorgaanbod voor de regio in een transmuraal centrum. Een ander initiatief in de regio om zorg dichtbij te organiseren zijn de BeterDichtbij zorgnetwerken van de Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Een eerste groep van 10 ziekenhuizen gaat, samen met huisartsen, andere regionale zorgverleners, lokale ondernemers en bewoners een regionaal platform inrichten met activiteiten gericht op regionaal welzijn, gezondheidswinst en vitaliteit.

Het wordt steeds duidelijker dat er in kleine ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden, een spanningsveld ontstaat tussen het voldoen aan volumenormen, kwaliteitsnormen en bereikbaarheid. Samenwerking tussen ziekenhuizen bij complexere zorg, in het belang van de patiënt, is dan ook van cruciaal belang, zeker in krimpregio's. Het toezicht van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de zorgspecifieke fusietoets van de NZa

worden soms als belemmerend ervaren wanneer partijen verdergaand willen samenwerken.
Onder de huidige mededingingsregels is echter al veel mogelijk in het zorgstelsel en het is juist in het belang van verzekerden en patiënten als er wordt samengewerkt om betere zorg te leveren. De gaande ontwikkeling van concentratie van complexe zorg om de kwaliteit te verbeteren brengt met zich mee dat patiënten voor (hoog)complexe zorg verder zullen moeten gaan reizen. Dat geldt overigens ook buiten de krimpregio's. Voor nazorg of polikliniekbezoek kunnen patiënten veelal juist wel bij zorginstellingen in de buurt terecht. Uit verschillende onderzoeken[7] blijkt dat patiënten veel minder bezwaar hebben tegen een grotere reisafstand voor complexe ziekenhuiszorg, als daar een betere kwaliteit tegenover staat. Voor sommige krimpregio's zijn ziekenhuizen in België (Zeeuws-Vlaanderen) en België en Duitsland (Parkstad Limburg, de Westelijke Mijnstreek en Maastricht-Mergelland) bijvoorbeeld goed bereikbaar. Zorgverzekeraars contracteren voor deze regio's ook buitenlandse ziekenhuizen, zie de kabinetsreactie op het IBO-rapport grensoverschrijdende zorg van 27 juni 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 530). Andersom zie ik ook mogelijkheden voor Nederlandse ziekenhuizen om zich zodanig te positioneren dat patiënten uit andere landen voor zorg naar Nederland toe komen. Hiermee wordt de positie van Nederlandse ziekenhuizen versterkt.

Een voorbeeld waar kwaliteitsnormen op gespannen voet staan met zorg dichtbij zijn de bevallingsnormen van de voormalige Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Implementatie van de normen op alle huidige ziekenhuislocaties zou grote tekorten aan specialisten en verpleegkundigen geven. Ook veel ziekenhuizen in de (krimp)regio's voldoen niet aan deze normen. Daarom is besloten dat daar waar het mogelijk is deze normen in te voeren, maar ze op dit moment niet op te leggen. Daarbij wil ik benadrukken dat het geen normen voor de ondergrens voor veilige zorg zijn, maar streefnormen voor een hogere kwaliteit.

In alle krimpregio's blijkt het moeilijk om medisch specialisten voor het ziekenhuis te werven[8]. Werken in een dergelijke regio lijkt voor specialisten om uiteenlopende redenen minder aantrekkelijk, bijvoorbeeld omdat er geen werkgelegenheid is voor de partner en minder groeimogelijkheden voor de specialist zelf. Daarentegen zien we een overschot aan bepaalde specialisten in de Randstad. Met een goede inzet van partijen in de regio (gemeenten, provincie, verzekeraars, ziekenhuizen), ook op het gebied van werkgelegenheid voor de partners van specialisten (en huisartsen) moet dit probleem de komende jaren worden aangepakt. Er is in deze regio's ook een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen, technisch personeel en hoger administratief personeel. Extra inspanningen om het werken in deze regio's aantrekkelijker te maken zijn daarvoor nodig. Juist in krimpregio's kan ingezet worden op nieuwe vormen van zorgverleningen en andere innovaties. Voor specialismen in ziekenhuizen lijkt samenwerking en het delen van beschikbare menskracht de oplossingsrichting. Er is daarbij meer mogelijk dan men denkt, zie mijn verslagen van en reactie op zes bijeenkomsten over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg van 22 juli 2014 (Kamerstuk 31 765, nr. 94). Een goed voorbeeld hiervan is de Zorgacademie Parkstad Limburg. De Zorgacademie speelt door middel van strategisch personeelsbeleid, zorginnovatie en onderwijsinnovatie in op de demografische veranderingen. Alle partijen die in de keten van doen hebben met arbeidsproble-

---

[7] TNS NIPO, «Kiezen in de gezondheidszorg» 2003, Motivaction, «Trendwatch zorgconsumenten 2010», augustus 2010.
[8] Demografische krimp en Ziekenhuiszorg, Yvonne van Otterdijk, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Medisch-specialistische zorg in 20/20, Den Haag, 2011.

matiek, zorg, opleiding, overheden en bedrijfsleven, zijn betrokken bij dit initiatief. Zeven projecten zijn uitgevoerd en vele producten gemaakt en uitgetest die helpen om de arbeidsplaatsen en de kwaliteit van het personeel optimaal te houden. De Zorgacademie neemt deel in het Euregionale arbeidsmarktproject «Future proof for cure and care». Hierin worden onder andere ook de internationale arbeidstekorten vergeleken en op elkaar afgestemd.

Acute zorg

In de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden van 2011 en 2013[9] is afgesproken dat zorgverzekeraars sturen op een doelmatige inrichting van de zorg waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn.

Zorginstituut Nederland is verzocht om vanuit zijn onafhankelijke positie alle zorgpartijen te verzoeken om zo snel mogelijk gezamenlijk de kwaliteitsstandaarden voor spoedeisende hulp te formuleren. De indicatorensets, als onderdeel van de kwaliteitsstandaarden, waar alle partijen het al over eens zijn, zijn eind 2014 in het register bij het Zorginstituut opgenomen. Maar we zijn er nog niet. De indicatorensets die zijn aangeboden zijn nog niet voldoende. Er dienen volledige kwaliteitsstandaarden te worden ontwikkeld, indicatoren zijn daar een eerste stap in. ZiNL heeft nu een expertcommissie ingesteld om de ontwikkeling van de gedragen kwaliteitsstandaarden voor de spoedeisende zorgstromen en de keten als geheel te bewerkstelligen. Ik verwacht hier voor het eind van 2015 de resultaten van te zien.
In overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen er regionaal samenwerkingsafspraken gemaakt worden die de acute zorg bereikbaar houden, zelfs als een SEH niet meer beschikbaar is. Te denken valt aan het slimmer organiseren van huisartsenzorg c.q. huisartsenposten (in een verzwaarde HAP (HAP+)), die meer functies bieden dan gebruikelijk (bijv. diagnostiek), of aan afspraken tussen huisartsen en medisch specialisten over kortere verwijslijnen en e-health. Ook uitwisseling door digitale beeldvorming en snelle consultatie kan behulpzaam zijn. Naast huisartsenzorg kan in de ambulance steeds meer worden gedaan en kunnen prehospitaal gegevens worden uitgewisseld, zodat de patiënt eerder en sneller behandeld kan worden in het ziekenhuis. De kwaliteit van de ambulancezorg neemt zelfs zodanig toe dat tijdens de rit al met een behandeling kan worden begonnen. Het Regionaal Overleg Acute Zorg speelt bij het maken van dergelijke op maatwerk gerichte samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders in de (krimp)regio's een belangrijke rol.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om hun zorgplicht, voor zowel electieve als acute zorg, jegens hun verzekerden na te komen. De 45-minutennorm is niet gebaseerd op wetenschappelijke noties, maar wordt gehanteerd om de spreiding en bereikbaarheid van acute zorg in heel Nederland overeind te houden.

Cruciale zorgvoorzieningen in krimpregio's

In het bijzonder in krimpregio's en anticipeerregio's kunnen problemen ontstaan indien een ziekenhuis financiële of personele problemen krijgt en eigenstandig de SEH en of de acute verloskunde niet meer in de lucht kan houden. Op dit moment zijn er acht gevoelige ziekenhuizen[10], deze bevinden zich allen in krimp of anticipeerregio's. De zorgverzekeraars zijn

[9] Zie de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden van 2011 (Kamerstuk 29 248, nr. 215) en 2013 (Kamerstuk 29 248, nr. 257).
[10] Analyse gevoelige ziekenhuizen RIVM 2013.

in het kader van hun zorgplicht aan zet om de benodigde status quo ten aanzien van de bereikbaarheid van zorg te handhaven.

Op dit moment hanteert de NZa bij het bepalen of een ziekenhuis in aanmerking komt voor een beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp het criterium dat de betreffende zorgverzekeraar een overmachtsituatie moet aantonen. Aangezien er slechts in zeer uitzonderlijke gevallen sprake is van een overmachtsituatie, heeft de huidige NZa regelgeving tot effect dat in de praktijk geen enkel ziekenhuis in aanmerking zal komen voor een beschikbaarheidbijdrage SEH of acute verloskunde. Ik heb daarom de NZa om advies gevraagd over de reikwijdte van de zorgplicht van zorgverzekeraars in het kader van het beschikbaar houden van SEH zorg en acute verloskundige zorg. Ik heb dit advies recent ontvangen (zie bijlage 1[11]). De NZa beschrijft in haar advies de huidige NZa regelgeving ten aanzien van de beschikbaarheidbijdrage SEH en acute verloskundige zorg en benoemt daarbij de risico's en aandachtspunten die het huidige beleid met zich meebrengt. Op mijn verzoek gaat de NZa in op het effect op de concurrentiepositie van zorgverzekeraars als deze de kosten voor de spoedeisende hulp in de tarieven en premie moeten verwerken. Dit is vooral van belang voor zorgverzekeraars die veel verzekerden in een landelijk gebied hebben.

De NZa geeft in haar advies aan dat het schrappen van de beschikbaarheidbijdrage een (geografisch) markteffect op de zorgverzekeringsmarkt met zich meebrengt. Uit de analyse van de NZa van de als gevoelig aangewezen ziekenhuizen blijkt dat met name bij acute verloskunde zich aan de aanbodzijde grote prijseffecten (gemiddeld 39%) kunnen voordoen als de betrokken ziekenhuizen de kosten zelf via de prijzen moeten dekken. Dit betekent dat zorgverzekeraars bij dat ziekenhuis (veel) duurdere zorg moeten inkopen.
Naast het feit dat dit er mogelijk toe zou kunnen leiden dat zorgverzekeraars verzekerden in deze regio's met hogere kosten gaan mijden zou dit effect het inkoopgedrag van verzekeraars bij ziekenhuizen in landelijke gebieden mogelijk kunnen verstoren, wat mijns inziens mogelijk risico's voor de beschikbaarheid van vormen van zorg in deze gebieden met zich meebrengt. Dergelijke effecten acht ik onwenselijk.

De NZa geeft in het advies aan dat aanpassing van de risicoverevening de beste manier is om deze effecten weg te nemen. De risicoverevening is opgezet om zorgverzekeraars te compenseren voor verschillen in het gezondheidsprofiel van hun verzekerdenportefeuilles, omdat de Zorgverzekeringswet hen een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie oplegt. Zoals de NZa ook aangeeft worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor het risicoprofiel van hun verzekerden. Ik ben van mening dat er geen rekening kan worden gehouden met kostenverschillen als gevolg van aanbodfactoren. Daarnaast is het zo dat vanwege Europese regels rond verzekeringen en staatssteun de risicoverevening niet als sturingsinstrument gebruikt mag worden. Er zal dan ook niet worden onderzocht of hogere kosten binnen dunbevolkte gebieden binnen het risicovereveningsmodel kunnen worden opgenomen. Ik kies er voor de beschikbaarheidbijdrage te behouden en het door de NZa gehanteerde criterium «overmachtsituatie zorgverzekeraars» te schrappen. Ik zal de NZa daartoe een aanwijzing geven. Dit betekent dat enkel de voorwaarden zoals gehanteerd in het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG gelden voor het verkrijgen van een beschikbaarheidbijdrage. De zakelijke inhoud van deze aanwijzing zal aan uw Kamer worden voorgelegd. Eventuele budgettaire gevolgen worden ingepast binnen de bestaande financiële kaders en afspraken.

[11] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Zorg voor ouderen in krimpregio's

Samenhang tussen curatieve zorg, langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning en woondiensten is een belangrijke voorwaarde voor ouderen om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Onder andere in het Nationaal Programma Ouderenzorg zijn daar interventies en instrumenten voor ontwikkeld. Een voorbeeld is de (huisartsen)praktijkwijzer gericht op herstel en behoud van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen. En «De Verzoamelstee», een sociale en digitale voorziening met het dorpshuis als centraal punt.

In krimp- en anticipeerregio's wordt vanuit landelijk perspectief de komende jaren het aandeel ouderen het grootst. Terwijl het in de steden vanwege de kleine afstanden relatief gemakkelijk is om «zorg aan huis» te organiseren, is dit in dorpen in het landelijk gebied anders. Daar is de bevolkingsdichtheid over het algemeen laag en zijn de afstanden richting het aanbod van voorzieningen groter. Daarbij wil ik wel nuanceren dat de afstanden in Nederland relatief klein zijn vergeleken met andere landen zoals bijvoorbeeld Frankrijk of Duitsland.

Daar komt bij dat de potentiële beroepsbevolking die tegemoet zou kunnen komen aan de zorgbehoeften van ouderen en de groep die mantelzorg zou kunnen verlenen ook hier krimpt. Door de inzet van nieuwe technieken in de zorg zou dit probleem voor een deel ondervangen kunnen worden. Nieuwe technieken maken het mogelijk om zorg op afstand dicht bij huis te organiseren en om meer samenhang in de zorg en ondersteuning aan te brengen. In de brief over e-health en zorgvernieuwing die de Staatssecretaris van VWS en ik 2 juli 2014 aan u toegezonden hebben lichtten wij toe hoe wij deze inzet fors willen stimuleren en versneld willen inzetten[12]. Door bijvoorbeeld de inzet van telemonitoring kan nauwkeuriger worden gesignaleerd wanneer er een zorgbehoefte is, zodat bezoeken en consulten beter op de vraag van mensen worden afgestemd en onnodig reizen wordt voorkomen.

Het organiseren van zorg in de nabijheid is ook in de langdurige zorg en ondersteuning één van de speerpunten van het beleid. De trend dat mensen langer thuis willen en kunnen blijven wonen is al langer zichtbaar. Tussen 1980 en 2010 is het aantal plaatsen in een verzorgingshuis afgenomen van ongeveer 150.000 naar ongeveer 84.000 plaatsen[13], terwijl het aantal 80-plussers in dezelfde periode meer dan verdubbeld is. Door het opnemen van wijkverpleging in de zorgverzekeringswet en door gemeenten de verantwoordelijkheid te geven voor de benodigde ondersteuning te ondersteunen kan zorg beter in de buurt worden georganiseerd. Dit geldt ook voor krimpregio's. Op 4 juni hebben de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister voor Wonen en Rijksdienst de brief «Transitieagenda Langer Zelfstandig Wonen» naar uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 32 847, nr. 121).

Hierin geeft het kabinet aan wat de rol van de rijksoverheid is om het langer zelfstandig wonen voor mensen met behoefte aan zorg en ondersteuning mogelijk te maken. De opgave om langer zelfstandig wonen mogelijk te maken verschilt per gemeente en per regio. Om die reden is gekozen voor een regionale aanpak en zijn er voor de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning regiotafels georganiseerd in de 43 Wmo regio's. Doel hiervan is alle betrokken partijen op het regionale niveau te ondersteunen om tot afspraken te komen over de randvoorwaarden voor langer zelfstandig wonen en de herstructurering van het

---

[12] Kamerstuk 27 529, nr. 130.
[13] Technische Briefing «Scheiden van wonen en zorg» 7 maart 2012, VWS.

vastgoed. Daarnaast is er een aanjaagteam «Langer zelfstandig wonen» dat regio's waar deze samenwerking moeizaam tot stand komt kan aanspreken en ondersteunen. In de reactie op Initiatiefnota «Regionale verschillen; omgaan met krimp» heeft de Minister voor Wonen en Rijksdienst aangegeven dat in 2015 een analyse zal worden gemaakt over de vraag in hoeverre er knelpunten of ontwikkelingen ten aanzien van langer zelfstandig wonen zijn die specifiek voor krimp- en anticipeergebieden gelden. Hieruit kunnen vervolgacties worden geformuleerd[14]. Begin 2015 is door het programma Bevolkingsdaling van BZK en het Nationaal Netwerk Bevolkingsdaling een bijeenkomst over Wonen, Zorg en Welzijn in krimp- en anticipeerregio's georganiseerd.

Leren van goede voorbeelden

De afgelopen periode leerde dat als er in een regio ingrijpende veranderingen in het zorgaanbod plaatsvinden dit het beste verloopt als de bevolking goed wordt meegenomen in de noodzaak van die veranderingen en de mogelijke oplossingen. Er is vaak een informatieachterstand bij betrokken patiënten en burgers, en door hen mee te nemen in de problemen en in de plannen voor de toekomst en te betrekken bij de uitvoering daarvan wordt deze achterstand ingelopen en worden de plannen beter. Hier kan het echt beter, we moeten leren van ervaringen terzake, hoe bewoners beter te betrekken.

Daarnaast zijn inmiddels ervaringen opgedaan met ziekenhuizen die failliet zijn gaan. Om van deze ervaring te kunnen leren voor de toekomst gaan we met de betrokkenen de faillissementssituaties vergelijken. Wat zijn de kansen en risico's van een faillissement, hoe kan een faillissement worden voorkomen en als dat niet lukt, hoe kan een ziekenhuis na een faillissement weer duurzaam opgebouwd worden.

Monitoring

Om de ontwikkelingen in de krimpregio's te kunnen volgen heb ik de volgende instrumenten tot mijn beschikking.

- Ik heb het RIVM gevraagd om jaarlijks de beschikbaarheid van basis SEH's, profiel SEH's (de complexere acute zorg) en huisartsenposten in beeld te brengen. Doel is om een actueel overzicht te hebben van de SEH-functies in Nederland, zodat daarmee ook een analyse van de bereikbaarheid kan worden gemaakt. Op basis van deze monitor ontstaat ook inzicht in de beschikbaarheid van cruciale acute zorg in de krimpregio's. Uw Kamer ontvangt in het voorjaar van 2015 deze rapportage.
- Ik heb het NIVEL gevraagd om jaarlijks te monitoren of het aanbod van eerstelijnszorg beantwoordt aan de lokale vraag naar zorg in de krimpregio's. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van bestaande databases van het aanbod van huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen etc. Op basis van landelijke cijfers van zorgregistraties wordt de lokale zorgvraag geraamd. Als er signalen zijn dat in bepaalde regio's tekorten dreigen te ontstaan dan zullen zorgverzekeraars hiermee aan de slag moeten in het kader van hun zorgplicht. Uw Kamer ontvangt in het voorjaar van 2015 de eerste monitor van het NIVEL.
- TNO heeft «Zorg op de kaart» ontwikkeld. Dit is een makkelijke manier om informatie te ontsluiten over het tempo van extramuralisering, de demografie, en de consequenties voor de verzorgingshuizen, en de gehandicaptenzorg, geclusterd naar zorgkantoorregio of (sub)

[14] Kamerstuk 33 894, nr. 2.

WMO-regio. «Zorg op de kaart» is online en algemeen toegankelijk via www.zorgopdekaart.nl.

Deze instrumenten bieden de mogelijkheid om te signaleren wanneer krimp- en anticipeerregio's uit de pas dreigen te lopen met landelijke en regionale trends.

Bijeenkomsten in de regio's

Een goede samenwerking tussen Rijk, regio, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven en bewoners is belangrijk om de zorg in krimpregio's te behouden. De regio's zijn primair zelf aan zet om te anticiperen op krimp en de voorzieningen passend maken. De rijksoverheid kan daarbij een faciliterende rol spelen.
Ik ga, om aan deze ondersteunende rol concreet invulling te geven, zo nodig netwerkbijeenkomsten organiseren in de krimpregio's. Deze bijeenkomsten geven de gelegenheid om afspraken te maken tussen verzekeraars, gemeenten, provincies, ziekenhuizen, huisartsenposten en vertegenwoordigers van huisartsenkringen. Afspraken kunnen gemaakt worden over noodzakelijke samenwerking ten behoeve van de patiënt en cliënt, het aantrekkelijker maken van werken in deze regio's, het bieden van experimenteerruimte om specifieke innovaties gericht op zorg in krimpregio's uit te testen en te implementeren. Ook geeft gelegenheid om als rijksoverheid best practices te delen en nieuwe initiatieven te initiëren.

Tot slot

Het is van groot belang dat de kwaliteit van de (zorg)voorzieningen in krimpregio's is geborgd om zo de leefbaarheid te behouden. De uitdagingen in de krimpregio's vragen om een andere wijze van organisatie van zorg. Het is van belang dat de partijen in de zorg, met name zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten, die uitdaging aangaan en de zorg anders organiseren. De bewoners van de krimpregio's staan daarbij centraal. Hun zorgvraag is het uitgangspunt. De overheid is verantwoordelijk voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en schept vanuit die verantwoordelijkheid randvoorwaarden zodat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten hun rol kunnen oppakken en ziet toe op de naleving van de regels. De in deze brief genoemde maatregelen (zie bijlage 2[15]) dragen hieraan bij. Daar waar dat nodig is in de krimpregio's, zal ik onnodige belemmeringen in wet- en regelgeving wegnemen en in samenwerking met provincies en gemeenten een ondersteunende rol spelen. De lopende negen proeftuinen die door VWS worden gemonitord zullen inzicht bieden in mogelijke belemmeringen. Overigens blijkt in de praktijk binnen de bestaande wet- en regelgeving vaak meer te kunnen dan vooraf vaak wordt gedacht.

Samenwerking, een open oog voor de knelpunten en de wil om met elkaar oplossingen te vinden in het belang van de bewoners en patiënten in krimpregio's zijn cruciaal. Samen kunnen we de zorg voor iedereen kwalitatief hooghouden en borgen in heel Nederland.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

---

[15] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl